Zwei Parallelfälle von Follikularzysten an überzähligen Zähnen im Oberkiefer

---

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Zahnärztlichen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität

zu Berlin

Von

Auguste Rosenkranz
aus Gießen

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Tag der Promotion: 30. Juli 1921

Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstraße 29.

162

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. **Rubner**
Referent: Prof. Dr. **Williger**

Zysten sind die im Kiefer am häufigsten vorkommenden Tumoren. Man unterscheidet drei Gruppen von zystischen Neubildungen: radikuläre oder Wurzelzysten, follikuläre Zysten und Kystome. Alle drei Gruppen sind epithelialen Ursprungs, die Wurzelzysten entstehen aus den von Malassez entdeckten Débris épithéliaux paradentaires, die Kystome aus der Zahnleiste selbst, die Follikularzysten gehen aus dem Epithel des Zahnsäckchens normaler oder überzähliger, retinierter Zähne hervor.

Durch Konfluieren von mehreren im Keimfeld des Follikels gelegenen Römerschen Epithelglocken vergrößert sich die primäre Zyste, bis sie den Follikel einnimmt. Durch den Druck der Zystenflüssigkeit, die durch das Bersten der in der Zystenwand gelegenen Tochterblasen dauernd vermehrt wird, kommt es allmählich zur Zerstörung des die Zyste umgebenden Knochens.

Die Ursachen, die zur Bildung von Follikularzysten führen, sind noch unbekannt. Als Gelegenheitsursache kommt Trauma im wesentlichen aber individuelle Disposition in Betracht.

Gewöhnlich enthalten Follikularzysten nur ein normales oder überzähliges Zahngebilde. Es kommen aber auch Fälle mit zahlreichen Zähnen und Zahnrudimenten vor.

Man trifft die Follikularzysten gewöhnlich im Alveolarfortsatz nach dem Vestibulum oris hin entwickelt. Langsam und meist schmerzlos wachsend, haben die Zysten vorwiegend Kirsch- bis Walnußgröße. Als klinisches Bild sieht man unter der normalen, verschieblichen Schleimhaut einen scharfumgrenzten, halbkugeligen Tumor von verschiedener Konsistenz. Die aufgetriebene Knochenwand kann hart oder eindrückbar sein, bisweilen aber auch auf der Höhe des Tumors zerstört sein.

Der Inhalt der unberührten Follikularzyste ist eine helle, klare, zähe oder schleimige Flüssigkeit, die Cholesterinkristalle enthält und alkalisch reagiert. Infiziert ist die Flüssigkeit verjaucht, eitrig, bisweilen durch Blut dunkel gefärbt.

Differentialdiagnostisch kommen in Betracht: Antrumempyem, palatinaler Abszeß, Adermantinom, Cystom, radikuläre Cyste, Carcinom und Sarkom. Die Prognose ist eine durchaus günstige, da es sich um einen gutartigen Tumor handelt.

Als Therapie kommen die beiden von Partsch angegebenen Methoden in Betracht.

Von besonderem Interesse sind zwei zur selben Zeit im Zahnärztlichen Institut zu Berlin beobachteten Parallelfälle: Im 1. Fall hat sich bei dem 19jährigen Patienten W. K. in Anschluß an ein vor 10 Jahren stattgehabtes Trauma (Sturz auf der Straße) ein zystischer Tumor entwickelt. Das Röntgenbild ergibt eine Follikularzyste, die von einem überzähligen Zahn ausgeht und über $\underline{|12}$ gelegen ist. Sie wird nach der von Partsch angegebenen Methode operiert, bei der die Zyste zur Nebenhöhle des Mundes gemacht wird und heilt normal.

Im 2. Fall, bei der 12jährigen Patientin A. H., handelt es sich um eine mehrere Jahre bestehende, zystische Neubildung, die infiziert worden ist, starke entzündliche Erscheinungen macht und eine von $\underline{|1}$ ausgehende Periostitis abscedens vortäuscht, welche aber nach wiederholter Inzision nicht zurückgeht. Das Röntgenbild ergab eine von einem überzähligen Zahn ausgehende Follikularzyste im Bereich von $\underline{|12}$. Auch hier erfolgt auf die Partsche Operation normaler Heilungsverlauf.

Beide Fälle stimmen in wesentlichen Punkten überein: beide Patienten stehen im 2. Lebensdezennium; in beiden Fällen handelt es sich um eine von einem überzähligen Zahn ausgehende Follikurlarzyste über $\underline{|12}$; die Entstehung beider Zysten liegt längere Zeit zurück; beide sind zunächst schmerzlos gewachsen.

Im 1. Fall aber handelt es sich um eine unberührte, im 2. Fall um eine infizierte Zyste. Als Ursache für den 1. Fall ist das vor 10 Jahren erfolgte Trauma anzusprechen; im 2. Fall dagegen ist die Ursache unbekannt.

Therapie und Prognose sind in beiden Fällen dieselben.